

Título em cabeçalho: DIFICULDADES EMOCIONAIS EM ESTUDANTES

Aprender a lidar com as dificuldades emocionais. O Centro de Aconselhamento
para Estudantes

Américo Baptista, Ana Pereira, Marina Carvalho, Fátima Lory & Rita Santos

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Centro de Estudos de Psicologia Cognitiva e da Aprendizagem

Correspondência:

Centro de Aconselhamento para Estudantes

Departamento de Psicologia da U.L.H.T.

Avenida do Campo Grande, 376

1749 – 024 Lisboa

direccao.psicologia@ulusofona.pt

Setembro de 2000

Resumo

O presente trabalho teve como objectivo apresentar os resultados do primeiro ano e meio de actividade do Centro de Aconselhamento para Estudantes da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. São descritos os protocolos estruturados de tratamento dos medos específicos, da ansiedade de separação, da ansiedade social, da ansiedade generalizada, da ansiedade aos exames, dos episódios de pânico, da hiperactividade com défice da atenção e das dificuldades de manejo do stress, bem como os resultados da avaliação da intensidade, da interferência da sintomatologia do problema no quotidiano e da eficácia do tratamento, de acordo com cada protocolo. Os resultados obtidos evidenciam a importância da utilização de tratamentos empiricamente validados no tratamento das perturbações emocionais e comportamentais na infância, adolescência e idade adulta. Finalmente, são referenciados os projectos em desenvolvimento para aconselhamento de pais, professores e psicólogos e a abertura de uma nova valência que contempla os aspectos educativos, de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, abuso e violência sexual.

Aprender a lidar com as dificuldades emocionais. O Centro de
Aconselhamento para Estudantes.

O desenvolvimento do indivíduo implica a aprendizagem e o domínio de um conjunto de aptidões para lidar com desafios ambientais cada vez mais complexos e exigentes. Na fase inicial da vida, a maturação do sistema nervoso e o suporte parental e familiar são suficientes para a aquisição e desenvolvimento das aptidões básicas como a alimentação, a locomoção e a comunicação. Gradualmente, a complexificação das aptidões necessárias ao desenvolvimento exige recursos que apenas se encontram fora da família, na escola. Por outro lado, a organização familiar e social actual provocou uma diminuição drástica do tempo disponível para cuidar dos descendentes, mesmo nas primeiras fases da vida, levando à criação de recursos de substituição, os infantários. A acumulação do conhecimento pelo Homem pressupõe, de igual modo, períodos de socialização cada vez mais alargados em instituições altamente especializadas, as Universidades, nas quais o conhecimento é transmitido sob a forma de licenciaturas, mestrados e doutoramentos.

Estas modificações, relativamente recentes, nos processos de socialização originam, em algumas instâncias, desajustamentos ou perturbações individuais ou familiares. Por um lado, as dificuldades dos pais em lidar com as reacções emocionais dos filhos, associadas às obrigações sociais que têm como consequência uma ida precoce das crianças para o infantário. Por outro, as dificuldades emocionais dos estudantes nas situações de avaliação, bem como as dificuldades dos pais em ajudar os filhos a ultrapassar a pressão avaliativa da vida académica.

Com o objectivo de ajudar a lidar com estas dificuldades foi criado em 1998, no Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), o Centro de Aconselhamento para Estudantes (CAE). Este Centro, especializado no diagnóstico, avaliação e tratamento das perturbações emocionais e comportamentais na infância, adolescência e idade adulta, tem como alvo a população estudantil, desde o infantário até à universidade e as suas famílias. Como está integrado num contexto universitário, contempla ainda as vertentes de treino e investigação, funcionando como suporte de dois cursos de pós-graduação a decorrer no Departamento de Psicologia, os Mestrados nas Especialidades de Terapias Comportamentais e Cognitivas e Sexologia.

A diversidade dos paradigmas e dos modelos em psicoterapia e aconselhamento psicológico, deverão existir pelo menos 400 escolas diferentes, obrigou a uma reflexão dos procedimentos a utilizar no Centro. Desde 1995, tem vindo a ser aceite progressivamente que serão eticamente idóneos de utilização os procedimentos psicoterapêuticos que tenham demonstrado a eficácia em pelo menos dois ensaios controlados de tratamento para determinada perturbação. Estes procedimentos designaram-se por tratamentos empiricamente validados, ou provavelmente eficazes, sendo os restantes considerados tratamentos experimentais (Baptista, 1999; Chambless et al., 1996; 1998).

Os tratamentos psicológicos empiricamente validados são actualmente muito diversos. Podem variar em relação à complexidade da intervenção, ao treino necessário para a efectuar e ao envolvimento do terapeuta, em termos de tempo. Por exemplo, procedimentos de auto-ajuda, como manuais de

tratamento, podem ter a mesma eficácia que protocolos completos de tratamento, como foi demonstrado para a perturbação de pânico e para as perturbações alimentares (Otto, Pollack & Maki, 2000; Wilson, Vitousek & Loeb, 2000). Deverão ser considerados tratamentos de primeira escolha os que apresentam uma melhor relação custo-eficácia. No início, tratamentos simples, pouco dispendiosos e com um envolvimento mínimo de técnicos especializados, utilizando apenas manuais de tratamento. Quando os resultados ficam abaixo do esperado, deverão seguir-se níveis mais elevados de complexidade da intervenção ou envolvimento terapêutico. Designa-se esta abordagem por tratamentos faseados (Haaga, 2000), que tem como pano de fundo o lema “doing more with less” (Davison, 2000).

Assim, o CAE definiu desde o início da sua actividade a população alvo, os estudantes, o tipo de tratamentos a implementar, os empiricamente validados, e o modo como estes devem ser implementados, tratamentos faseados. Estes tratamentos são dirigidos aos estudantes que preenchem determinadas categorias de diagnóstico do “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-IV; APA, 1994) ou da “International Classification of Diseases” (ICD-10; WHO, 1992) ou que, não preenchendo nenhuma destas categorias, vêm a sua progressão e adequação às exigências do ambiente académico limitadas por alguma faceta do seu funcionamento psicológico.

De acordo com a metodologia utilizada no CAE, os utentes deste serviço são observados numa primeira consulta de triagem, através de uma entrevista clínica estruturada, com o objectivo de estabelecer o diagnóstico e verificar a indicação para seguimento no Centro. São critérios de exclusão do

seguimento a possibilidade da perturbação poder ser explicada por disfunção orgânica, o preenchimento de critérios de diagnóstico para perturbação psicótica e o uso regular de psicofármacos. Quando algum destes critérios é preenchido, o utente é encaminhado para outros serviços ou técnicos de saúde.

Até esta altura foram elaborados e implementados protocolos estruturados de intervenção para os medos específicos, a ansiedade de separação, a ansiedade generalizada, a ansiedade social, os episódios de pânico, a hiperactividade e as dificuldades no manejo do stress.

O modelo geral de intervenção é composto por três fases. Na primeira fase, educativa, é elaborado um racional psicossocial para a génese, manutenção e tratamento da perturbação. De acordo com o tipo de perturbação, é enfatizada a cooperação do sujeito, bem como o possível envolvimento de familiares ou outros do seu ambiente social. A construção do racional baseia-se num procedimento de auto-observação que irá contribuir para a elaboração de uma hierarquia de situações problema que sujeito, família e terapeuta consideram ser os objectivos do tratamento.

Numa segunda fase, ensino de aptidões, os procedimentos implementados pelo terapeuta têm como objectivos principais o ensino de competências de confronto com as situações problemáticas, durante e entre as sessões, de modo a aumentar as expectativas de auto-eficácia e diminuir comportamentos desadequados.

Na terceira e última fase, de confronto, as aptidões aprendidas são praticadas de modo contínuo e sistemático com o objectivo de as consolidar, generalizar e prevenir possíveis recaídas. Este processo é repetido durante as

catamneses previstas nos protocolos de intervenção (Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark, 1989).

No caso das crianças, estes programas são adaptados ao seu estágio desenvolvimental. Contudo, é necessário um maior envolvimento do ambiente familiar e social nestas situações, de modo a permitir a implementação das estratégias pelos pais ou outros agentes educativos, enquanto que o terapeuta deve desempenhar um papel de conselheiro (Barrett, Dads & Rapee, 1996; Kazdin, 1991; Kendall, 1991; Kendall, 1994).

Método

Sujeitos

Entre Fevereiro de 1999 e Julho de 2000, foram avaliados 23 casos no CAE, 13 do sexo feminino e 10 do sexo masculino. No que respeitou às faixas etárias, 15 eram adultos, com uma média de idades de 26 anos ($\underline{DP} = 6.32$) e uma escolaridade média de 15.07 anos ($\underline{DP} = 2.40$), tendo os restantes sujeitos idades compreendidas entre os 7 e os 15 anos ($\underline{M} = 11$ anos; $\underline{DP} = 2.45$) e escolaridade entre os dois e os nove anos ($\underline{M} = 5.13$ anos; $\underline{DP} = 2.10$).

A tabela 1 apresenta os casos avaliados no CAE com os respectivos diagnósticos ou categorias de pertença, de acordo com os critérios definidos no DSM-IV (APA, 1994).

INSERIR TABELA 1 APROXIMADAMENTE AQUI

Avaliação

Cada sujeito foi avaliado a partir de uma entrevista clínica estruturada para estabelecimento do diagnóstico e de um protocolo de medidas específicas de cada perturbação, com o objectivo de determinar a intensidade

do seu estado emocional. Para todos os sujeitos, para além do protocolo específico, foi auto-avaliada, antes e após o tratamento, a intensidade do problema e a interferência da sua sintomatologia no quotidiano, de acordo com uma escala de nove pontos (0. nenhuma; 2. ligeira; 4. moderada; 6. elevada; 8. extrema), de modo a estabelecer um indicador da mudança. A eficácia do tratamento foi igualmente avaliada pelos sujeitos através de uma escala de nove pontos (0. nada eficaz; 2. pouco eficaz; 4. moderadamente eficaz; 6. muito eficaz; 8. totalmente eficaz).

Resultados

São seguidamente apresentados os resultados da avaliação de cada um dos sujeitos que iniciaram tratamento no CAE, de acordo com os diferentes protocolos estruturados.

Medos Específicos

São incluídos neste protocolo os medos excessivos e irracionais, habitualmente circunscritos a um objecto ou situação específica. A exposição à situação ou objecto temidos origina uma resposta de ansiedade clinicamente significativa que conduz, frequentemente, a comportamentos de evitação ou confronto da situação ansiogénica com sofrimento, interferindo nas rotinas diárias. Em crianças, essa ansiedade manifesta-se frequentemente por birras, choros e procura de contacto, podendo não haver reconhecimento da irracionalidade ou desproporção do medo (APA, 1994). As fobias específicas mais comuns dizem respeito aos tipos: animal, sangue-injecções-ferimentos, ambiente natural (trovoadas), situacional (elevadores ou aviões) e outro.

A fobia de sangue-injecções-ferimentos (FSIF) é a única perturbação de ansiedade fóbica que apresenta como característica uma resposta difásica que pode originar desmaio isto é, taquicardia inicial imediatamente seguida por bradicardia perante a exposição ao estímulo fóbico (Kleinknecht, 1988; Kleinknecht, Kleinknecht & Thorndike, 1997; Öst, Sterner & Lindahl, 1984). Esta resposta vasovagal tem sido observada numa percentagem que varia entre 60 a 80% dos indivíduos com FSIF (APA, 1994; Kleinknecht & Lenz, 1989; Öst & Hellström, 1997).

O protocolo de tratamento dos medos específicos consiste no ensino de procedimentos de auto-monitorização com vista ao estabelecimento de uma hierarquia de situações ansiogénicas em termos do grau de medo e evitação e na exposição gradual, prolongada e sistemática às situações desencadeadoras de ansiedade, em conjunto com procedimentos de modelagem. No caso particular da FSIF, é ensinada ao indivíduo a técnica de tensão aplicada de modo a que o mesmo possa lidar com os primeiros sinais de ansiedade sem ocorrência de desmaio (Öst, Fellenius & Sterner, 1991; Öst, Lindahl, Sterner & Jerremalm, 1984; Öst & Sterner, 1987).

A duração do tratamento varia entre uma e cinco sessões, adaptadas a partir de Öst e Hellström (1997).

Foram avaliados três sujeitos que cumpriam o diagnóstico destas perturbações de ansiedade fóbica: dois casos de fobia de sangue-injecções-ferimentos e um caso de fobia específica tipo animais (aves). Não são apresentados os resultados relativos a um dos sujeitos com FSIF por este não ter iniciado o tratamento devido a acontecimentos de vida relacionados com uma doença grave do cônjuge.

O sujeito que efectou o tratamento da FSIF era do sexo feminino, tinha 23 anos e relatou evitar situações que envolviam a necessidade de efectuar exames médicos devido ao medo de levar injeções, desde há aproximadamente seis/sete anos. Descrevia ansiedade antecipatória e situacional forte sempre que não podia evitar o confronto: tremuras, suores, sensações de calor e frio, aumento do ritmo cardíaco, agitação, tonturas e sensações de desmaio, não tendo sido relatada história de desmaios.

No caso da fobia específica tipo animais, o sujeito, também do sexo feminino e com 32 anos, evitava desde a infância todas as situações que podiam envolver a exposição a aves, em particular pombos. Recorreu ao Centro dada a interferência do problema na vida quotidiana, principalmente a nível profissional, uma vez que a sua ocupação implicava deslocações constantes a locais onde podia ocorrer o confronto com o estímulo fóbico.

O tratamento destas fobias específicas consistiu em cinco sessões, de acordo com o protocolo estruturado referido anteriormente.

A avaliação da intensidade do problema e a interferência da sua sintomatologia no quotidiano antes do início e no final dos tratamentos pode ser observada nos gráficos 1 e 2.

INSERIR GRÁFICO 1 APROXIMADAMENTE AQUI

INSERIR GRÁFICO 2 APROXIMADAMENTE AQUI

A intensidade do problema foi avaliada como extrema no início do tratamento para ambos os casos, tendo diminuído no final do tratamento para uma intensidade ligeira no caso do sujeito com fobia de aves e nenhuma intensidade no caso do sujeito com FSIF. A mesma avaliação foi obtida para a interferência da sua sintomatologia nas rotinas diárias.

De acordo com a avaliação dos sujeitos, o tratamento teve uma eficácia total para o sujeito com FSIF e foi muito eficaz para o sujeito com fobia tipo animal.

Ansiedade de Separação

A ansiedade de separação caracteriza-se por ansiedade, preocupação excessiva ou mal estar em relação à separação e/ou antecipação da mesma relativamente aos pais ou outra figura de vínculo. É frequente a expressão de medo persistente ou recusa em permanecer sozinho em casa ou noutros locais, ir para a escola, dormir fora de casa ou afastado dos pais. Existe também preocupação excessiva e medo que algo de grave possa acontecer aos pais, a outros significativos ou ao próprio. Estas manifestações podem variar com a idade. As crianças mais novas apresentam dificuldade em definir os seus medos, observáveis através de birras, choros frequentes e necessidade constante de proximidade física com os pais (APA; 1994).

Esta perturbação pode estar associada e é frequentemente confundida ou rotulada como fobia escolar, quando se caracteriza pela recusa em ir ou permanecer na escola devido ao medo de separação das figuras de vínculo. No entanto, a fobia escolar pode ser uma perturbação independente, quando a recusa se deve ao medo de algum aspecto relacionado com a escola ou com o ambiente à volta da mesma, existindo frequentemente incapacidade em descrever o motivo do medo ou da recusa (APA, 1994).

O tratamento na perturbação de ansiedade de separação (Santos, Pereira, Carvalho, Lory & Baptista, 1999) e na fobia escolar (Lory, Pereira, Carvalho, Santos & Baptista, 1999) em crianças e adolescentes foi adaptado a

partir de Kendall et al. (1992) e Barrett (1996) consistindo em 17 sessões com periodicidade semanal.

Nenhum dos utentes do CAE cumpriu os critérios de diagnóstico para perturbação de ansiedade de separação nem apresentou características de fobia escolar.

Ansiedade Social

A ansiedade social é um fenómeno universal e caracteriza-se pelo medo de ser avaliado negativamente em situações sociais ou de desempenho. Em alguns indivíduos este medo limita o desempenho social, sendo descritas preocupações a propósito de possível humilhação, embaraço ou por poder mostrar sinais de ansiedade (APA, 1994; Beidel & Turner, 1997). Como características habitualmente associadas, encontram-se os défices de aptidões sociais (Turner, Beidel, Cooley, Woody & Messer, 1994; Turner, Beidel & Cooley-Quile, 1995), dificuldades de afirmação, sentimentos de inferioridade, hipersensibilidade à crítica e medo de rejeição (Leary & Kowalski, 1993; Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 1999). Em estudantes, pode ocorrer diminuição no rendimento escolar, evitação de contactos sociais com colegas e professores, podendo mesmo haver recusa em ir à escola (Prins & Hanewald, 1997; Raffety, Smith & Ptacek, 1997). Apesar de, nos adultos, este medo ser reconhecido como excessivo, nas crianças pode não existir este reconhecimento do carácter irracional do medo (APA, 1994).

O tratamento da ansiedade social excessiva tem como principal objectivo a diminuição da ansiedade e o desenvolvimento de competências nas interações sociais, tendo uma duração de 12 sessões com periodicidade semanal em adultos.

Utilizando procedimentos de auto-monitorização, são identificadas as cognições, os sintomas de ansiedade e os comportamentos de evitação e segurança. É elaborada uma hierarquia de situações problemáticas, efectuando-se em seguida exposição prolongada e sistemática às situações sociais, bem como terapia cognitiva para modificação das crenças relacionadas com a ansiedade social. Quando necessário, é também efectuado treino de aptidões sociais.

Foi avaliado um sujeito do sexo feminino, com 28 anos, que cumpria critérios de diagnóstico para perturbação de ansiedade social, evitando situações em que pudesse ocorrer avaliação pessoal, nomeadamente determinadas interacções sociais, devido ao medo de embaraço e de avaliações negativas. A intensidade da perturbação e a interferência da sua sintomatologia no início do tratamento foram avaliadas como elevadas e, no final, como ligeiras a moderadas, ver gráfico 3.

INSERIR GRÁFICO 3 APROXIMADAMENTE AQUI

Apesar de não ter sido finalizado por motivos de ordem pessoal do sujeito, devido à sua deslocação para o estrangeiro, o tratamento foi auto-avaliado como muito eficaz.

Ansiedade Generalizada

De acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV (APA, 1994), a ansiedade generalizada caracteriza-se por ansiedade ou preocupações excessivas e persistentes acerca de um conjunto de acontecimentos ou actividades. As preocupações são de difícil controlo e interferem no quotidiano dos sujeitos. Os principais temas de preocupação são possíveis

responsabilidades a nível do emprego, aspectos financeiros e saúde (Molina & Borkovec, 1994; Tallis, Davey & Board, 1994).

Consistindo num total de 12 sessões, o tratamento da ansiedade generalizada é iniciado com a identificação das preocupações e áreas problemáticas, sendo utilizados como procedimentos psicoterapêuticos a reestruturação cognitiva, a exposição em imaginação, o treino de resolução de problemas, técnicas paradoxais, a modelagem, o desempenho de papéis e o treino do controlo da tensão muscular.

Os sujeitos avaliados no CAE que cumpriram os critérios para este diagnóstico eram todos do sexo feminino, com uma média de idades de 21.3 anos e caracterizaram-se por preocupações excessivas relativamente à finalização dos cursos que frequentavam, ao seu futuro profissional, aos relacionamentos amorosos e ao estado emocional no momento, caracterizado por acentuada ansiedade, medo e irritabilidade.

Nos gráficos 4 e 5 encontram-se descritos os valores relativos à intensidade e interferência do problema no início e final do tratamento para os três casos acompanhados.

INSERIR GRÁFICO 4 APROXIMADAMENTE AQUI

INSERIR GRÁFICO 5 APROXIMADAMENTE AQUI

Relativamente à intensidade do problema no início do tratamento, esta foi avaliada por todos os sujeitos entre elevada a extrema, tendo diminuído para uma intensidade ligeira a moderada no caso dos sujeitos 4 e 15 e para uma intensidade ligeira no caso do sujeito 14. No que respeitou à interferência da sua sintomatologia, esta foi avaliada no início entre elevada

e extrema para os sujeitos 4 e 15 e como elevada para o sujeito 14. No final, a sintomatologia do problema interferia ligeira a moderadamente nas rotinas dos primeiros e moderadamente no caso do último.

Os tratamentos foram avaliados por todos os sujeitos como muito eficazes.

Ansiedade aos Exames

Um caso particular da ansiedade relacionada com o desempenho é o da ansiedade aos exames. Caracteriza-se por dificuldades de desempenho em situações como testes, exames ou entrevistas, existindo intensa ansiedade antecipatória, que interfere com a capacidade de estudo e com o desempenho em situações de avaliação. Queixas de perturbações do sono, agitação, dificuldades de concentração e de memória são comuns nos períodos que antecedem essas situações (Edelmann & Hardwick, 1986; Smith, Arnkoff & Wright, 1990).

O tratamento da ansiedade aos exames, num total de 12 sessões, tem por objectivos principais o desenvolvimento de competências nas situações que envolvem a avaliação do desempenho, o manejo da ansiedade esperada nessas situações e o controlo da ansiedade excessiva. Após a identificação das cognições e sintomas de ansiedade, são ensinados procedimentos como a reestruturação cognitiva, o treino de resolução de problemas e a modelagem. Como estratégias complementares, é ensinado o treino atencional e o desempenho de papéis. São ainda analisados e, quando necessário modificados, os métodos e os hábitos de estudo.

Os quatro sujeitos com ansiedade aos exames excessiva avaliados no CAE, dois jovens do sexo masculino com 11 e 12 anos respectivamente, e

dois adultos, um do sexo feminino com 23 anos e o outro do sexo masculino com 32 anos, apresentavam sintomatologia ansiosa antes e durante situações de avaliação, dificuldades de atenção e concentração, crenças irracionais relativas ao desempenho, bem como alterações do sono. Era também manifesta a evitação de situações em que pudesse ocorrer avaliação, como responder a questões na sala de aula, efectuar exames escritos e orais e trabalhos de grupo, devido ao medo de humilhação e avaliações negativas por parte das outras pessoas.

A avaliação da intensidade da perturbação e da sua interferência no início e no final do tratamento pode ser observada nos gráficos 6 e 7 para os jovens e nos gráficos 8 e 9 no caso dos adultos.

INSERIR GRÁFICO 6 APROXIMADAMENTE AQUI

INSERIR GRÁFICO 7 APROXIMADAMENTE AQUI

INSERIR GRÁFICO 8 APROXIMADAMENTE AQUI

INSERIR GRÁFICO 9 APROXIMADAMENTE AQUI

Relativamente aos jovens, o sujeito 9 avaliou o problema como tendo uma intensidade e interferência elevadas antes do tratamento e sem qualquer intensidade e interferência no final da mesma. O sujeito 11 avaliou também a intensidade e a interferência do problema no início do tratamento entre elevada e extrema tendo as mesmas sido avaliadas como ligeiras no final do tratamento.

Em relação aos adultos, a avaliação da intensidade e da interferência do problema variou entre elevada e extrema no início, tendo ambas sido avaliadas como ligeiras no final.

O tratamento teve uma eficácia que variou entre elevada e total para os jovens e foi avaliado como muito eficaz para os adultos.

Episódios de Pânico

A perturbação de pânico caracteriza-se pela ocorrência de episódios agudos de activação fisiológica, inesperados e recorrentes, com sensações somáticas como palpitações, tonturas e dificuldades em respirar. Associada à perturbação de pânico encontra-se a agorafobia que se caracteriza pela evitação de situações nas quais a fuga possa ser difícil se surgirem episódios de pânico (APA, 1994).

O tratamento do pânico baseia-se na reestruturação cognitiva das crenças catastróficas e na exposição a estímulos externos e internos, com vista ao controlo da ocorrência de episódios de pânico e à implementação gradual do confronto com as situações desencadeadoras de ansiedade, num total de 12 sessões.

Dos sujeitos que recorreram ao CAE, um sujeito do sexo feminino, com 22 anos, relatou episódios de pânico em situações consideradas ansiogénicas como o cinema e os elevadores, entre outros. Este sujeito não evitava as situações acima descritas, enfrentando-as com sofrimento.

O problema foi avaliado no início do tratamento como tendo uma intensidade e interferência ligeiras e no final como não interferindo na vida do sujeito e não provocando sofrimento, ver gráfico 10.

INSERIR GRÁFICO 10 APROXIMADAMENTE AQUI

O tratamento foi avaliado por este sujeito como totalmente eficaz.

Hiperactividade com Défice da Atenção

A hiperactividade com déficit da atenção caracteriza-se por problemas de atenção, hiperactividade e impulsividade persistentes os quais perturbam a adaptação ao ambiente social ou escolar (APA, 1994). Outras características adicionais costumam ser encontradas nesta perturbação, como a dificuldade em seguir regras e instruções, uma grande variação nos padrões de resposta às situações e inconsistência no desempenho de tarefas (Barkley; 1993; 1995; 1998). O diagnóstico é efectuado entre os 7 e os 9 anos embora os problemas possam manifestar-se antes dos 3 anos de idade (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990; Cohen et al., 1993).

Esta perturbação costuma coexistir com outras perturbações da infância, nomeadamente a perturbação de oposição e a perturbação do comportamento, variando a sua estimativa da sua ocorrência entre 20 e 60% dos casos (APA, 1994; Barkley, 1990; Biederman, Munir, & Knee, 1987).

Dado requerer a combinação de diferentes modalidades de intervenção (Barkley, 1998), os elementos de um programa de tratamento multimodal da hiperactividade com déficit da atenção incluem o treino dos pais para manejo de contingências, aplicação de técnicas de manejo de contingências na sala de aula, treino de aptidões sociais, modificação comportamental e utilização de medicação (Anastopoulos, Shelton, DuPaul & Guevremont, 1993; Barkley, 1998; Cantwell, 1986).

O tratamento desta perturbação consiste em 22 sessões, oito dirigidas aos pais e 14 à criança ou adolescente (Braswell & Blomquist, 1991). As sessões de treino parental têm como objectivo o desenvolvimento e implementação de métodos sistemáticos de apresentação de regras e instruções à criança, o treino de resolução de problemas e de competências

comunicacionais. As sessões com a criança baseiam-se na utilização de estratégias que envolvem a monitorização de comportamentos, programas de reforços, auto-instruções e treino em aptidões sociais.

O apoio dos agentes educativos permite controlar os estímulos na sala de aula através da introdução de modificações na natureza das tarefas, tornando-as mais apelativas e estimulantes, diminuindo a sua duração e aumentando a frequência dos seus intervalos. O objectivo da utilização destes procedimentos é aumentar as capacidades atencionais, motivacionais e de controlo, de modo a promover um desempenho mais adequado.

Dos sujeitos avaliados no CAE, dois jovens do sexo masculino, com nove e 13 anos respectivamente, cumpriram os critérios de diagnóstico para esta perturbação, apresentando comorbilidade com a perturbação de oposição. Até ao momento, apenas um desses casos iniciou tratamento, caracterizando-se por dificuldades relacionadas com situações escolares e familiares ao nível da execução de tarefas, atenção e concentração, controlo da actividade motora, impulsividade, agressividade, discussões com familiares e outros adultos, birras e situações esporádicas de furto na escola.

De acordo com os pais, no início do tratamento o problema foi avaliado como tendo uma intensidade elevada e interferindo de modo elevado a extremo nas rotinas diárias do sujeito. A meio, o mesmo foi avaliado como tendo uma intensidade moderada e uma interferência de moderada a elevada na vida quotidiana do sujeito, ver gráfico 11.

INSERIR GRÁFICO 11 APROXIMADAMENTE AQUI

O tratamento foi avaliado como muito eficaz.

Dificuldades no Manejo do Stress

Situações mais exigentes que as competências individuais são geradoras de desajustamento emocional (Auerbach & Gramling, 1997; Nezu, Nezu, Saraydarian, Kalmar & Ronan, 1986). Com o objectivo de ajudar a lidar com acontecimentos de vida stressantes, foi desenvolvido um protocolo de tratamento para estas dificuldades, baseado no Treino de Resolução de Problemas (D’Zurilla & Goldfried, 1971; D’Zurilla & Nezu, 1999; Nezu, Nezu, Deaner & Friedman, 1997).

Consistindo em 8 sessões, o protocolo de tratamento das dificuldades de manejo do stress inclui, numa primeira fase, uma orientação positiva para o problema, de modo a motivar o sujeito e a aumentar a sua percepção de eficácia (Hawton & Kirk, 1989). Após a definição do problema, o indivíduo é ensinado a criar o maior número possível de soluções alternativas e a realizar análises de custo-benefício para todas as soluções propostas. O objectivo é identificar as soluções mais eficazes, com vista à sua implementação, à avaliação da sua eficácia e das suas consequências (D’Zurilla & Goldfried, 1971; D’Zurilla & Nezu, 1999; Hawton & Kirk, 1989; Nezu et al., 1997).

Os dois sujeitos avaliados no CAE que foram integrados neste protocolo de tratamento, um do sexo masculino com 29 anos e outro do sexo feminino com 24 anos, apresentavam dificuldades em lidar com os sintomas de ansiedade associados a situações desencadeadoras de stress, nomeadamente a nível profissional, familiar e interpessoal.

Estas dificuldades foram avaliadas como tendo uma intensidade elevada no início do tratamento diminuindo para um nível moderado e ligeiro, respectivamente no caso do sujeito 12 e 13, ver gráfico 12.

INSERIR GRÁFICO 12 APROXIMADAMENTE AQUI

A interferência, que era considerada moderada no início do tratamento, diminuiu no caso do sujeito 13 e manteve-se para o sujeito 12, ver gráfico 13.

INSERIR GRÁFICO 13 APROXIMADAMENTE AQUI

O tratamento foi avaliado por ambos os sujeitos como tendo sido muito eficaz.

Conclusões

Este trabalho teve como principal objectivo apresentar os resultados dos casos acompanhados durante aproximadamente um ano e meio no CAE.

O número de casos acompanhados até ao momento não é suficiente para permitir a utilização de procedimentos com o objectivo de avaliar a significância estatística dos resultados obtidos nas diferentes perturbações. Contudo, a avaliação clínica da intensidade e interferência do problema mostra a eficácia das intervenções efectuadas.

Os mesmos resultados dão indicações que estão de acordo com os estudos desenvolvidos por Kendall (1991; 1994), Öst (1997), Öst, Sterner e Lindahl (1984), Öst, Fellenius e Sterner (1991), entre outros, acerca da eficácia dos tratamentos empiricamente validados, reforçando a importância dos mesmos (Baptista, 1999; Chambless et al., 1996; 1998). No caso particular da perturbação de hiperactividade com défice da atenção, os

resultados obtidos com o único caso em acompanhamento estão também de acordo com a literatura, confirmando a necessidade de um tratamento mais alargado para as perturbações da externalidade.

Como projectos futuros, está prevista a realização de intervenções de grupo, nomeadamente ao nível da ansiedade social, em crianças, adolescentes e adultos.

É também nosso propósito a organização e desenvolvimento de acções de sensibilização dirigidas a pais e professores e de acções de formação dirigidas a psicólogos, tendo já existido participação da equipa deste Centro nas I Jornadas Educativas do Colégio Décroly, realizadas em Maio de 2000, sob o tema ‘Turbulência(s) no contexto escolar. Contributos multidisciplinares’ (Carvalho, Pereira, Lory, Santos & Baptista, 2000; Lory, Pereira, Carvalho, Santos & Baptista, 2000) e nos cursos de formação sobre “Perturbações do Medo e da Ansiedade na Infância e Adolescência” e “Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice da Atenção”.

Encontram-se actualmente a ser elaborados programas de tratamento dirigidos a famílias de crianças com perturbações de ansiedade, dada a importância do envolvimento do ambiente familiar e social para uma maior eficácia da terapia e prevenção destas perturbações (Barett, Dads & Rappee, 1996; Kendall, 1991; 1994).

De igual modo, estamos a desenvolver uma valência de aconselhamento sexual que irá contemplar aspectos educativos, de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo VIH e do abuso e violência sexual.

Em resumo, é actualmente reconhecida a importância da utilização de uma abordagem abrangente das perturbações emocionais e comportamentais na infância e adolescência, a qual se deve basear principalmente nos aspectos desenvolvimentais. Deste modo, é da máxima relevância o estudo da psicopatologia na infância e adolescência, incluindo uma adequada classificação, avaliação e intervenção terapêutica, com base em modelos teóricos que contemplem a sua etiologia e factores de manutenção (Daleiden, Vasey & Brown, 1999).

Referências

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 581-596.

Auerbach, S. M. & Grambling (1997), Stress management. Psychological Foundations. NJ: Prentice Hall.

Baptista, A. (1999). Ética e disseminação dos programas psicológicos de tratamento: O desafio actual. Revista de Humanidades e Tecnologias, 1, 2º semestre, 52-61.

Barkley, R.A. (1990). Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (1993). A new theory of ADHD. ADHD Report, 1, 1-4.

Barkley, R. A. (1995). Taking Charge of ADHD: The Complete Authoritative Guide for Parents. The Guilford Press: London.

Barkley, R. A. (1998). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), Treatment of Childhood Disorders (2ª edição), The Guilford Press: London.

Barkley, R. A., DuPaul, G. J., & McMurray, M. B. (1990). A comprehensive evaluation of Attention Deficit Disorder with and without Hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 775-789.

Barrett, P. M. & Crook, N. (1996). Management of childhood anxiety. A family intervention programme. Australia: Griffith University.

Barrett, P. M., Dadds, M. R. & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 333 – 342.

Braswell, L. & Blomquist, M. L. (1991). Cognitive-behavioral therapy with ADHD children. Child, family and school interventions. London: Guilford Press.

Beidel, D. C. & Turner, S. M. (1997). Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia. NY: American Psychological Association.

Biederman, J., Munir, K., & Knee, D. (1987). Conduct and oppositional disorder in clinically referred children with attention deficit disorder: A controlled family study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26, 724-727.

Cantwell, D. P. (1986). Attention Deficit Disorder in adolescents. Clinical Psychology Review, 6, 237-247.

Carvalho, M., Pereira, A. C., Lory, F., Santos, R. & Baptista, A. (2000). Perturbações da ansiedade na infância e adolescência. Comunicação apresentada nas I Jornadas Educativas do Colégio Décroly ‘Turbulência(s) no contexto escolar: Abordagens multidisciplinares’. Lisboa: Auditório da Junta de Freguesia de S. João de Brito.

Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue,

S., Beutler, L., Williams, D. A. & McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. The Clinical Psychologist, 49, 51, 5 - 18.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S. Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. & Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. The Clinical Psychologist, 51, 3 – 16.

Clark, D. M. & Fairburn, C. G. (1997). Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford: Oxford University Press.

Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence – I. Age and gender-specific prevalence. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34, 851-867.

Davison, G. C. (2000). Stepped care: Doing more with less? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 580 – 585.

Daleiden, E. L., Vasey, M. W. & Brown, L. M. (1999). Internalizing disorders. In W. K. Silverman & T. H. Ollendick (Eds.), Developmental issues in the clinical treatment of children. Boston: Allyn & Bacon.

D’Zurilla, T. J. & Goldfried, M. (1971). Problem-solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology, 78, 104 – 126.

D’Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (1999). Problem-solving therapy. A social competence approach to clinical intervention. NY: Springer Publishers Company.

Edelmann, R. J. & Hardwick, S. (1986). Test anxiety, past performance and coping strategies. Personality and Individual Differences, 7, 255-257.

Haaga, D. A. F. (2000). Introduction to the special section on stepped care models in psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 547 – 548.

Hawton, K. & Kirk, J. (1989). Problem –Solving. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide. Oxford: Oxford University Press.

Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. & Clark, D. M. (1989). The development and principles of cognitive-behavioral treatments. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide. Oxford: Oxford University Press.

Kazdin, A. E. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 785 – 798.

Kendall, P. C. (1991). Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures. NY: The Guilford Press.

Kendall, P. C. (1992). Coping cat workbook. Department of Psychology. Weisshall Temple. University of Philadelphia, PH: USA.

Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 100 – 110.

Kleinknecht, R. A. (1988). Specificity and psychosocial correlates of blood-injury fear and fainting. Behaviour Research and Therapy, 26, 303 – 309.

Kleinknecht, R. A. & Lenz, J. (1989). Blood/injury fear, fainting and avoidance of medically related situations: A family correspondence study. Behaviour Research and Therapy, *28*, 537 – 547.

Kleinknecht, R. A., Kleinknecht, E. E. & Thorndike, R. A. (1997). The role of disgust and fear in blood and injection-related fainting symptoms: a structural equation model. Behaviour Research and Therapy, *35*, 1075 – 1087.

Leary, M. R. & Kowalski, R. M. (1993). The Interaction Anxiousness Scale: Construct and criterion-related validity. Journal of Personality Assessment, *61*, 136 – 146.

Lory, F., Pereira, A. C., Carvalho, M., Santos, R. & Baptista, A. (2000a). O livro do gato corajoso. Programa de actividades de complemento à terapia comportamental e cognitiva na fobia escolar em crianças e adolescentes. Manuscrito não publicado. Lisboa: Centro de Aconselhamento para Estudantes da ULHT.

Lory, F., Pereira, A. C., Carvalho, M., Santos, R. & Baptista, A. (2000b). Perturbações do comportamento na infância e adolescência. Comunicação apresentada nas I Jornadas Educativas do Colégio Décroly ‘Turbulência(s) no contexto escolar: Abordagens multidisciplinares’. Lisboa: Auditório da Junta de Freguesia de S. João de Brito.

Marx, B. P. & Gross, A. M. (1998). Behavioral treatment. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), Handbook of child psychopathology (3rd ed.). NY: Plenum Press.

Molina, S. & Borkovec, T.D. (1994). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics. In

G.C.L. Davey & F. Tallis (eds), Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment (cap. 11). John Wiley & Sons, Ltd.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., Deaner, L. & Friedman, S. L. (1997). El proceso terapéutico en el enfoque de resolución de problemas. In I. Caro (Eds.), Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona: Paidós.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., Saraydarian, L., Kalmar, K., & Ronan, G. F. (1986). Social problem solving as a moderating variable between negative life events and depressive symptoms. Cognitive Therapy and Research, 10, 489 – 498.

Öst, L. G. & Hellström, K. (1997). Blood-injury-injection phobia. In G. Davey (ed.), Phobias. A handbook of theory, research and treatment. NY: John Wiley & Sons.

Öst, L. G. & Sterner, U. (1987). Applied tension. A specific behavioral method for treatment of blood phobia. Behavior Research and Therapy, 25, 25 – 29.

Öst, L. G. Fellenius, J. & Sterner, U. (1991). Applied tension, exposure in vivo, and tension-only in the treatment of blood phobia. Behaviour Research and Therapy, 29, 561 – 574.

Öst, L. G. , Sterner, U. & Lindahl, I. L. (1984). Physiological responses in blood phobics. Behaviour Research and Therapy, 22, 109 – 117.

Öst, L. G., Lindahl, I. L., Sterner, U. & Jerremalm, A. (1984). Exposure in vivo versus applied relaxation in the treatment of blood phobia. Behavior Research and Therapy, 22, 205 – 216.

Otto, M. W., Pollack, M. H. & Maki, K. M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: Costs, benefits, and stepped care. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 556 – 563.

Prins, P. J. M. & Hanewald, G. J. (1997). Self-statements of test-anxious children: thought-listing and questionnaire approaches. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 440-447.

Raffety, B. D., Smith, R. E. & Ptacek, J. T. (1997). Facilitating and debilitating trait anxiety, situational anxiety, and coping with an anticipated stressor: A process analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 72, 892-906.

Santos, R. Pereira, A. C., Carvalho, M., Lory, F., & Baptista, A. (2000). O livro do gato corajoso. Programa de actividades de complemento à terapia comportamental e cognitiva na perturbação de ansiedade de separação em crianças e adolescentes. Manuscrito não publicado. Lisboa: Centro de Aconselhamento para Estudantes da ULHT.

Smith, R. J., Arnkoff, D. B. & Wright, T. L. (1990). Test anxiety and academic competence: A comparison and alternative models. Journal of Conseling Psychology, 37, 313-321.

Spence, S. H., Donovan, C. & Brechman- Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes and cognitive features of childhood social phobia. Journal of Abnormal Psychology, 108, 211-221.

Tallis, F., Davey, C.L. & Board, A. (1994) The Worry Domains Questionnaire. In G.C.L. Davey & F. Tallis (eds), Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment (cap. 11). John Wiley & Sons, ltd.

Turner, S. M., Beidel, D. C. & Cooley-Quille, M. R. (1995). Two-year follow-up of social phobics treated with Social Effectiveness Therapy.

Behaviour Research and Therapy, 33, 553 – 555.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R., Woody, S. R. & Messer, S. C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social effectiveness therapy. Behavior Research and Therapy, 32, 381 – 390.

Wilson, G. T., Vitousek, K. M. & Loeb, K. L. (2000). Stepped care treatment for eating disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 564 – 572.

World Health Organization (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization.

Tabela 1

Categorias de pertença de cada um dos sujeitos avaliados no CAE

Caso	Sexo	Idade	
1	F	32	Fobia Específica (aves)
2	F	23	Fobia Específica (sangue-injecções-ferimentos)
3	M	10	Perturbação do Comportamento
4	F	24	Perturbação de Ansiedade Generalizada
5	F	23	Ansiedade aos exames
6	M	32	Ansiedade aos exames
7	F	28	Fobia Social
8	F	43	Fobia Específica (sangue-injecções-ferimentos)
9	M	11	Ansiedade aos exames
10	M	12	Ansiedade aos exames
11	F	15	Ansiedade aos exames
12	M	29	Dificuldades de manejo do stress
13	F	24	Dificuldades de manejo do stress
14	F	20	Perturbação de Ansiedade Generalizada
15	F	20	Perturbação de Ansiedade Generalizada
16	M	9	Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção
17	F	18	Perturbação de Ansiedade Generalizada
18	M	13	Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção
19	M	7	Perturbação da Aprendizagem (leitura)
20	M	24	Perturbação Psicótica (esquizofrenia)
21	M	28	Perturbação Psicótica (esquizofrenia)
22	F	11	Perturbação de Oposição
23	F	22	Episódios de Pânico

Gráfico 1

Avaliação da intensidade do problema no início e no final do tratamento da

FSIF e da fobia de aves

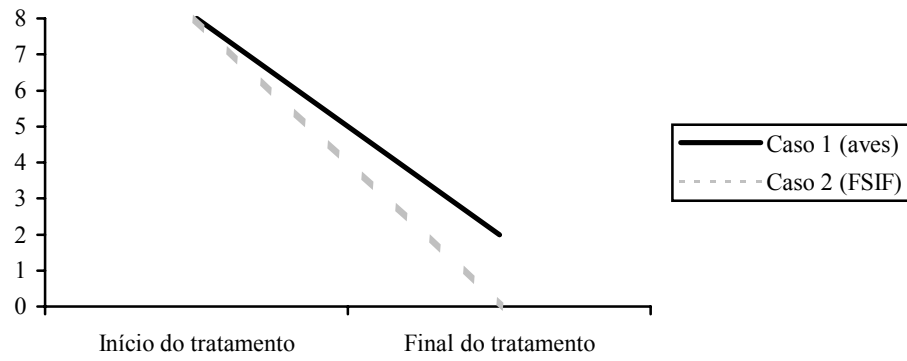


Gráfico 2

Avaliação da interferência da sintomatologia do problema no início e no final do tratamento da FSIF e da fobia de aves

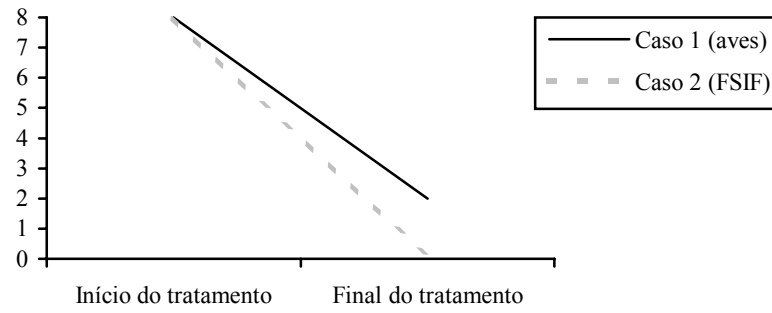


Gráfico 3

Avaliação da intensidade e interferência da sintomatologia do problema no início e no final do tratamento da ansiedade social em adultos

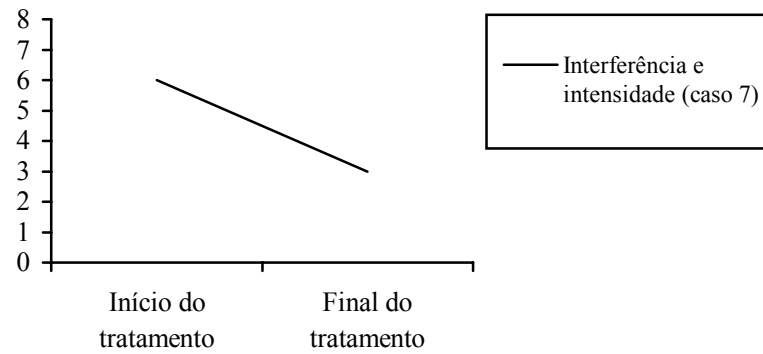


Gráfico 4

Avaliação da intensidade do problema no início e no final do tratamento da perturbação de ansiedade generalizada

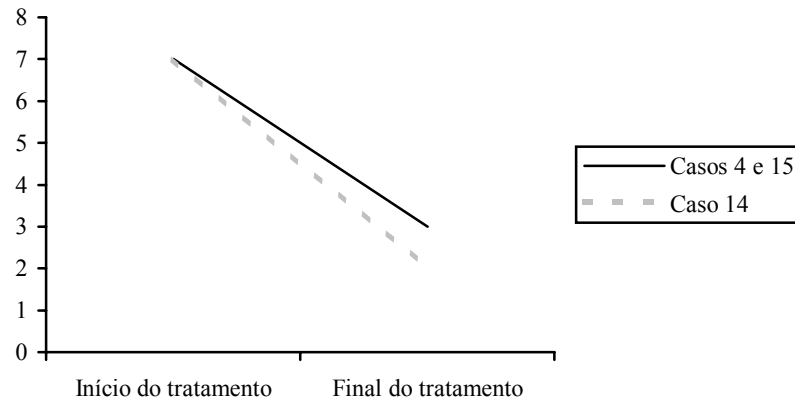


Gráfico 5

Avaliação da interferência da sintomatologia do problema no início e no final do tratamento da perturbação de ansiedade generalizada

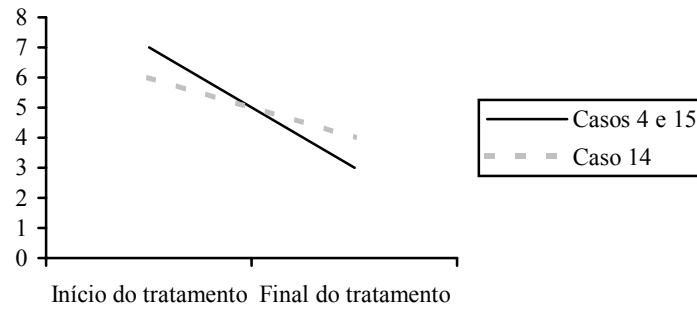


Gráfico 6

Avaliação da intensidade do problema no início e no final do tratamento da ansiedade aos exames em adolescentes

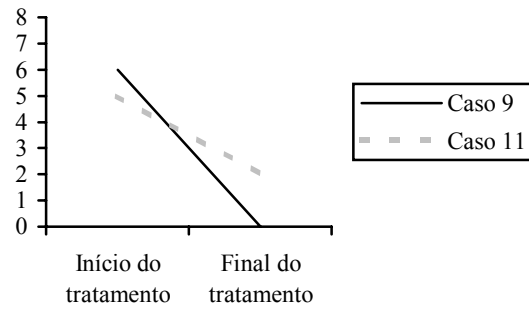


Gráfico 7

Avaliação da interferência da sintomatologia do problema no início e no final do tratamento da ansiedade aos exames em jovens

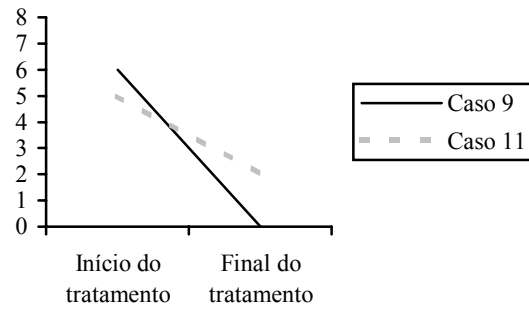


Gráfico 8

Avaliação da intensidade do problema no início e no final do tratamento da ansiedade aos exames em adultos

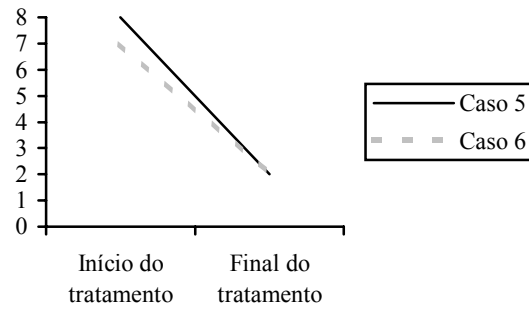


Gráfico 9

Avaliação da interferência da sintomatologia do problema no início e no final do tratamento da ansiedade aos exames em adultos

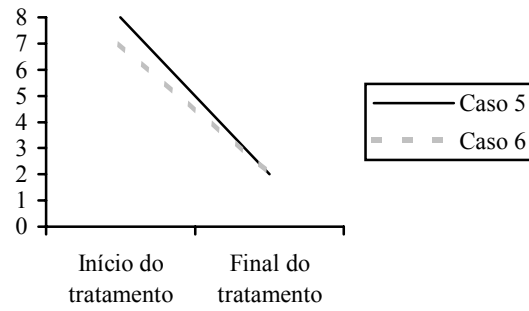


Gráfico 10

Avaliação da intensidade e interferência da sintomatologia do problema no início e no final do tratamento dos episódios de pânico

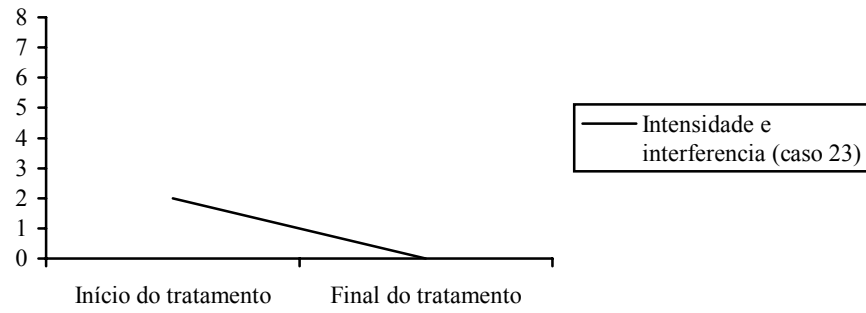


Gráfico 11

Avaliação da intensidade e interferência da sintomatologia do problema no início e a meio do tratamento na perturbação de hiperactividade com défice da atenção

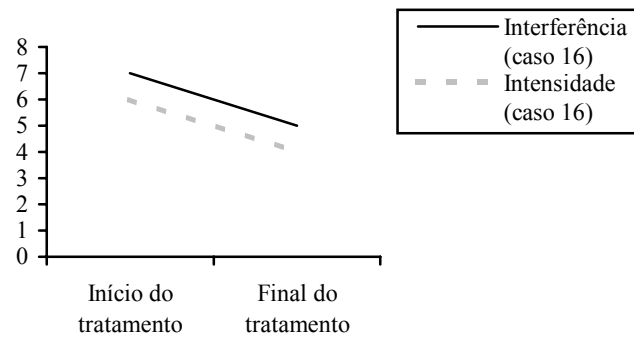


Gráfico 12

Avaliação da intensidade do problema no início e no final do treino das dificuldades de manejo do stress

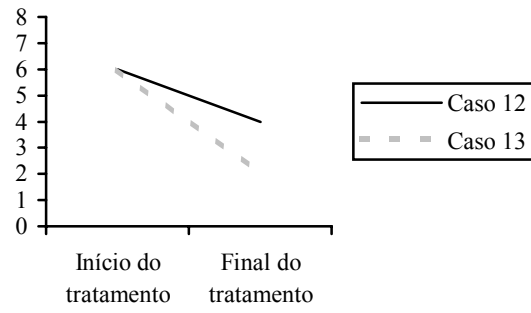


Gráfico 13

Avaliação da interferência da sintomatologia do problema no início e no final do treino das dificuldades de manejo do stress

